

給付種別	区分
①	
0	4 0

出産費・同附加金（共済） 家族出産費・同附加金（共済）請求書

直接支払制度を利用した場合は、右を○で囲ってください。→ 直接支払用

組合員氏名	組合員証 記号番号	公立岡山	④					出産者	⑩	1 本人 2 被扶養者である家族		
所属所名				⑪	1 県費 2 市町村費	出産児数 〔死産・流産を含む〕	⑫	退職区分	⑭	1 現職 2 退職後		
出産者氏名	組合員との 続柄		⑮	性別 2	出産者の 生年月日	⑯	3 昭和 4 平成	⑰	年	月	日	生まれ
出産児氏名	組合員との 続柄				出産年月日	⑲	4 平成	⑳	年	月	日	出産
※出産に要した費用	円			※医療機関等へ支払う額 (給付から控除する額)			⑳					円
出産の場所	資格取得 年月日	年	月	日	資格喪失 年月日	年	月	日				
請求金額	出産費・家族出産費		同附加金		出産者が被扶養者の場合は記入してください。							
〔該当しない〕 給付は抹消 のこと	390,000円				・被扶養者認定年月日 (年 月 日)							
	420,000円 (産科医療補償制度分)		50,000 円		・認定されて6ヶ月以内の出産の場合 認定前に加入していた医療保険制度名 ()							
直接支払制度を利用した場合は、この欄の証明は不要です。	<p>医師又は助産師の証明 (出産者氏名) (出産児数)</p> <p>平成 年 月 日 は 名を</p> <p>出産・早産・死産・流産 (妊娠 か月) したことを証明します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所 証明者 氏名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>											
上記のとおり請求します。									所属所受付印			
公立学校共済組合岡山支部長 殿												
平成 年 月 日												
住所 請求者 氏名									(印)			
上記記載事項は、事実と相違ないものと認めます。									支部受付印			
平成 年 月 日												
〒 - 電話番号 () -												
所在地												
所属所名												
所属所長職氏名									職印			

1 多児出産の場合は、出生児名を連記し、請求金額を訂正すること。
2 ⑭「退職区分」欄は、出産日が現職中か退職後かで記入すること。
3 ※欄は記入しないこと。